Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo Familiar y de la Primera Infancia
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

Menú

Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____

Día / Fecha		Lunes /	Martes /	Miércoles /	Jueves /	Viernes /
Desayuno **Debe incluir:** 1 leche líquida 1 fruta/verdura 1 pan/cereal	Fruta/verdura					
	Pan/cereal					
	Leche líquida					
Almuerzo/Cena **Debe incluir:** 1 leche líquida 1 carne/frijoles 2 fruta/verdura 1 pan/cereal	Plato principal					
	Carne/frijoles					
	Fruta/verdura					
	Fruta/verdura					
	Pan/cereal					
	Leche líquida					
Colación **Debe incluir:** (elija 2 alimentos de los 4 grupos alimenticios) leche líquida Carne/frijoles Fruta/verdura Pan/cereal	Carne/frijoles					
	Fruta/verdura					
	Pan/cereal					
	Leche líquida					